

## Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

### Teil 12: Zusammenfassung

**Seit nunmehr 11 Ausgaben haben Sie hier an dieser Stelle vieles über den Qualitätsvertrag nach § 80 Pflegeversicherungsgesetz lesen können. Diese Serie endet mit einer Zusammenfassung, in der auf Veränderungspotentiale sowie die Akzeptanzprobleme auf eingegangen wird.**

#### **Was hat der Qualitätsvertrag bewirkt?**

Qualität ist in alle Munde! Zum ersten Mal in dieser Breite und Brisanz! Allein das Streiten um die richtige Qualität und/oder deren Auslegung heißt ja, daß hier sehr bewußt und deutlich über Qualität geredet und Qualität definiert wird. Hier hat das Baukonzept der Pflegeversicherung funktioniert. Allerdings ist dies teilweise durch die völlig unnötige und inhaltlich falsch begründete Kündigung seitens des damaligen AVAP ein klein wenig in Frage gestellt: Der AVAP hatte vor allem mit dem Verweis auf zu niedrige Vergütung den Qualitätsvertrag gekündigt (obwohl mir aus diesem Verband keine gescheiterten Einzelpreisverhandlungen auf der Basis einer leistungsgerechten Vergütung bekannt sind!). Da die Kündigung erst Ende 1999 gültig wird, muß man einerseits die im April ausgesprochene Kündigung als reinen populistischen Schachzug des AVAP bzw. hier wohl eher von Heiner Schülke als treibende Kraft sprechen. Das Abwarten bis Ende dieses Jahres hätte keinem geschadet, kleinere Differenzen wie übertriebene Qualitätsprüfungen hätten auch innerhalb des Systems korrigiert werden können.

Nun sollte die neue Verhandlungsrunde einerseits dazu

genutzt werden, die unten genannten Korrekturen einzuarbeiten, andererseits muß aber mit aller Kraft vermieden werden, daß die Qualität zugunsten des Preises abgesenkt wird (so wie es Schülke und sicherlich auch die Sozialhilfeträger fordern). Ich will es noch einmal deutlich aussprechen: die im bisherigen Qualitätsvertrag definierte Qualität bewegt sich bisher nur auf der Ebene der herrschenden Schul- und Lehrmeinung: Pflegeprozeß, aktivierende Pflege, Einbeziehung des Pflegebedürftigen als Subjekt und nicht als Objekt der Pflege, Qualitätssicherung; all das lernen die angehenden Alten- und Krankenpflegeschülerinnen, und dies sollte auch in der Praxis normal sein und nicht abgesenkt werden! Professionelle Hilfe dient im Teilkaskosystem Pflegeversicherung immer nur und auch der Absicherung der selbst organisierten Hilfe über Pflegepersonen und andere Selbstversorgungsmöglichkeiten. Die Pflege muß auch die Sicherheit und die Werkzeuge haben, diesen Auftrag ausführen zu können. Die Wirklichkeit ist erst auf dem Weg der praktischen Umsetzung. Pflegeplanung zusammen mit den Pflegepersonen, aktive Einbeziehung statt lästiger Störenfriede: hier muß die Pflege noch viel lernen und sie tut dies momentan nach meiner Beobachtung auch.

Folgende Punkte (in der Reihenfolge des Qualitätsvertrages) sind aus meiner Sicht zu verändern, zu ergänzen oder zu konkretisieren:

- die **ständige Erreichbarkeit**: hier sollte klar definiert werden, daß es sich um eine persönliche Erreichbarkeit handeln sollte und das diese nicht über einen Anrufbeantworter gelöst werden kann (siehe 2/98). Natürlich kann diese (und sollte wohl auch in vielen Fällen) über Kooperationen gelöst werden.
- **Pflegerische Notfalleinsätze**: der klassische Fall: der Anruf um 2.00 Uhr: „Ich bin aus dem Bett gefallen, und meine Pflegeperson ist nicht da!“ Ein einfacher pflegerischer Notfall, unproblematisch zu lösen, aber bisher ungeregelt (siehe ausführlich Heft 2/98). In der Regel ist der individuelle Pflegebedarf schon verplant, diese Einsätze gehen über den zu versorgenden Bedarf hinaus. Da es für das beschriebene Beispiel keine geeigneten Leistungsmodule gibt, werden dann irgendwelche halbpassenden Module benutzt (zum Beispiel (falls vorhanden): Hilfe bei der Mobilität), deren Vergütung auch nicht ansatzweise den anfallenden Aufwand abdeckt. Notwendig ist hier in den Rahmenverträgen nach § 75 auf Länderebene und damit auch in den Vergütungskatalogen ein Notfallmodul zu definieren, daß den erhöhten finanziellen Aufwand bei Nacht ebenso berücksichtigt wie die mitunter schwer in normale Leistungskomplexe zu beschreibende Leistung.
- Die sogenannte **460 Std. Fortbildung**: Schon angesichts der bunten Angebote zu diesem Kurs mit den verschiedensten Inhalten und den unterschiedlichsten Konzeptionen muß es hier dringend ein einheitliches bundesweit gültiges Curriculum geben, damit dieser strukturell gute Fortbildungsansatz nicht gehaltlos verpufft. Sonst wird der bloße Sitzschein über 460 Std. Anwesenheit zur Legitimation. Solche Fortbildungen kosten jedes Unternehmen und damit direkt die Versicherten ca. 25.000 DM bis 35.000 DM (bitte nicht nur die Kursgebühren von ca. 5.000 DM, sondern auch die Zeitausfälle sowie deren Ersatz von ca. 500 Stunden betrachten) pro Einrichtung, das sind bei ca. 10.000 Pflegediensten doch immerhin ca. 300.000.000,00 DM an Kosten, verteilt auf 7 Jahre! Inzwischen gibt es schon eine Reihe von Schulträgern bzw. Arbeitsgruppen, die hier an einem Standard arbeiten, der dann als Anlage zum Qualitätsvertrag definiert werden sollte.
- **Überprüfung der Ergebnisqualität**: Hier fehlt ein klar definierter Mindestrhythmus, in dem die einzelnen Pflegekunden und deren Pflegegeschichte systematisch überprüft werden. Ich habe schon in der Ausgabe 9 den Zeitabstand aus den vergleichbaren Pflegeberatungsbesuchen nach § 37.3 SGB XI als Maßstab genommen, also alle 6 Monate bei Pflegestufen 1 und 2, alle 3 Monate bei Pflegestufe 3.
- **Prüfablauf der Qualitätsprüfung**: Hier sollte der Ablauf und die Struktur ähnlich konkret beschreiben werden wie dies die Vertragsparteien schon bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen des § 75-Vertrages getan haben, vor allem auch in der Definition der Prüfunterlagen und des Ablaufs der Prüfungen. Diese latent vorhandene Beschreibung könnte konkretisiert viele Unsicherheiten nehmen und Ärger vermeiden helfen. Dazu gehört selbstverständlich, daß die Einrichtungen den Pflegebericht

direkt vom MDK erhalten, wie dies aus meiner Sicht bereits über den § 277 SGB V geregelt ist. Dies würde viele Mißverständnisse aus dem Weg räumen und Zusammenfassungsfehler durch die Pflegekassen (wie teilweise in Bayern) vermeiden.

- **Kurzfristige Intervention bei Verdacht auf Pflegefehler:** Diese Möglichkeit sollte von den Vertragsparteien des § 80 selbst definiert werden: Selbst wenn das keiner gerne zugibt: es gibt gefährliche Pflege durch zugelassene Pflegeeinrichtungen. Hier muß es im Interesse aller Pflegeeinrichtungen und Kostenträger sein, bei Verdacht selbständig auch ohne vorherige Einschaltung der Obrigkeit (Staatsanwaltschaft) tätig werden zu können: an den Grenzen zeigt sich die Stärke des Systems! Es sollte die Möglichkeit von spontanen Verdachtsprüfungen vor Ort bei den Versicherten klar definiert und im Ablauf fixiert werden. Nach der Einführung der Pflegeversicherungsinstrumente, hier vor allem der Möglichkeiten des § 80 benötigen wir aus meiner Sicht keine „ambulante Heimaufsicht“, sondern selbst definierte Werkzeuge der Vertragsparteien. Zumal sich über die bisherigen Qualitäten der Heimaufsicht trefflich streiten läßt. Das heißt aber auch, daß alle beteiligten Parteien sich ihr Vertrauen zu den dann beauftragten Prüfern (vor allem der MDK) wieder neu erarbeiten bzw. überdenken müssen und daß die Prüfer auch für sich selbständig und professionell(er) arbeiten und handeln können. Der Verdacht, Qualitätsprüfungen seien ein Instrument der Pflegekassen zur Sanktion muß verschwinden zugunsten einer Wahrnehmung, daß

der MDK eine neutrale, wichtige und professionelle Einrichtung wie beispielsweise der TÜV ist. Der Weg dahin ist lang, die gedanklichen und echten Schranken sind groß, aber die Alternative zum Schutz von uns Versicherten ist dann nur die staatliche Intervention in Form einer staatlichen Pflegeaufsicht!

### **Warum hat der Qualitätsvertrag ein so schlechten Ruf? Warum ist er immer noch so unbekannt?**

Ein erstaunliches Phänomen ist die zum Teil fahrlässig schlechte Wiedergabe der Inhalte des Qualitätsvertrages in der Fachpresse: als Wiederholungstäter sei hier leider einmal als Beispiel unter mehreren Pflegen ambulant mit ihrer Serie über den Qualitätsvertrag genannt. Während es schon in der Ausgabe 2/98 nur so von fehlerhaften und falschen Zitaten und Darstellungen wimmelte (eine 3-seitige Rezension liegt der dortigen Redaktion vor, eine Richtigstellung der zumindest gravierensten sachlichen Fehler und falschen Zitate erfolgte meines Wissens bisher nicht), sind auch in der Ausgabe 5/98 über die Strukturqualität wieder einige kräftige Fehler dabei: beispielsweise wird hier der § 71 und Punkt 3.1.2.2 Qualitätsvertrag falsch zitiert: die Berufspraxis muß nicht „mindestens 5 Jahre, davon 1 Jahr ambulant ausgeübt“ werden, sondern „innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens 2 Jahre, davon in der Regel mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich (3.1.2.2) ausgeübt werden. Wer nicht Pflegen Ambulant liest, spart also 3 Jahre!

Geradezu inflationär wird in vielen Publikationen immer wieder der Gesetzgeber zitiert, selbst wenn er gar nicht tätig war: zur Erinnerung: die „gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten

Pflege“ sind ein zweiseitiger, durch Konsens zustande gekommener Vertrag zwischen den Leistungsanbieter, den Kostenträgern sowie in Zusammenarbeit mit dem MDS und Berufsgruppen. Immer ist es jedoch der Gesetzgeber und sind es nicht die eigenen Verbände selbst, die die Inhalte definiert haben. Auch die Rolle des MDK als das große negative Schreckgespenst wird eifrig gepflegt. Zitiert sei hier auch wieder der Artikel aus Pflegen Ambulant 5/98 von Annegret Rothgänger: „Bei einer Qualitätsprüfung wird der MDK sicherlich ein großes Augenmerk darauf verwenden, ob der Einsatz von Mitarbeitern nach beruflichen Qualifikationen und wirtschaftlichen Bedingungen sowohl bei der Dienstplangestaltung als auch bei der Tourengestaltung vorgenommen wurde“ (Seite 30; a.a.O.). Beim besten Willen ist im Qualitätsvertrag kein Wort von der Wirtschaftlichkeit zu finden (das findet sich im Gesetz §§ 29, 70 und in den Rahmenverträgen nach § 75 auf Landesebene; die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit obliegt nicht dem MDK!). Auch das gern als Gesetzestext ausgegebene Konzept des MDK zur Qualitätssicherung in der Pflege ist lediglich eine Vereinbarung

der MDK untereinander und dient als Orientierung, ist aber in der bisherigen Form an einigen Stellen inhaltlich zu überarbeiten (siehe auch Ausgabe 11/98). Und im Rahmen der Qualitätsprüfungen ist der MDK nur eine Variante von möglichen Prüfern, es könnten auch andere geeignete Prüfer geschickt werden (§ 80, 2, SGB XI)!

Zusammenfassend muß ich leider feststellen, daß für viele Publikationen und Autoren (zum Teil sind die Kolleginnen ja sogar Pflegelehrerinnen) der Qualitätsvertrag ein unbekanntes Wesen ist und zum Teil nicht einmal der Text richtig zitiert wird.

Die Pflege ist mit dem Qualitätsvertrag auf dem richtigen Weg, auch wenn der Weg erstaunlicherweise noch lang ist. Es wird sich beweisen müssen, ob die Vertragsparteien in der Lage sind, diesen Weg verantwortungsvoll weiter zu beschreiten oder ob sie zugunsten von kurzfristigen populistischen Erfolgen pflegerische Selbstverständlichkeiten über den Haufen werfen.

Veröffentlicht in:

Qualitätskolleg: Häusliche Pflege, Ausgabe 12/98

© **Andreas Heiber**

**System & Praxis Andreas Heiber**

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

Email: [Heiber@SysPra.de](mailto:Heiber@SysPra.de); [www.SysPra.de](http://www.SysPra.de)